

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОСОБИЕ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL

### ИЗВЕЩЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И СОХРАННОСТИ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Разделы 14011 и 14012 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях позволяют окружным департаментам социального обеспечения получать от Вас определенные факты, которые необходимы для того, чтобы определить имеете ли Вы, или лицо, которое Вы представляете, право на пособие программы Medi-Cal. Вы обязаны представить округу эти факты, если хотите получать пособие программы Medi-Cal. Данная информация будет использована:

1. Окружным департаментом социального обеспечения для определения первоначального права на пособие Medi-Cal и наличия права на пособие в последующее время.
2. Административным учреждением, обрабатывающим запросы на услуги и изготавливающим карточку Удостоверения на получение льгот (BICs).
3. Департаментом здравоохранения и гуманитарных услуг Соединенных Штатов Америки при проведении ревизий и проверок качества обслуживания и подтверждения права на федеральное медицинское страхование и номеров карточки социального страхования (SSN).
4. Для проверки статуса пребывания в стране (через Службу иммиграции и натурализации, INS), только для иностранцев, претендующих на законное постоянное жительство, или постоянно проживающих в стране по разрешению правительства США согласно положения PRUCOL, или иностранцев, получивших убежище и имеющих действительную и продленную карточку I-688. Информация, получаемая Службой иммиграции и натурализации, может быть использована только для определения права на пособие программы Medi-Cal, и не может быть использована в целях принудительных иммиграционных мер, за исключением случаев, когда совершается мошенничество.
5. Организациями, оказывающими медицинские услуги, для проверки наличия права на помощь.
6. Для определения вида медицинской страховки и при возмещении расходов.

### ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ MEDI-CAL Я ИМЕЮ ПРАВО:

1. Просить переводчика помочь мне при подаче заявления на Medi-Cal, если у меня возникнут затруднения в понимании английского языка и затруднения с английской речью.
2. Потребовать личной встречи для собеседования с представителем округа.
3. Получить обслуживание наравне с другими людьми, невзирая на расу, цвет кожи, религию, национальное происхождение, пол, возраст и политическую принадлежность.
4. Подать заявление на помощь как нетрудоспособное лицо, если я считаю себя таковым.
5. Получить информацию о правилах, определяющих право на пособие Medi-Cal за прошедшее время.
6. Подать заявление на пособие программы Medi-Cal и получить письменный ответ на мое заявление, подтверждающий или отказывающий мне в праве на получение пособия программы Medi-Cal.
7. Ознакомиться с законами и правилами программы Medi-Cal, если я хочу оспорить основание, на котором мое право на получение помощи было утверждено, или мне было отказано.
8. На строго конфиденциальное хранение округом всех представленных мной фактов, и право просмотра этой информации в определенно назначенные рабочие часы.
9. Получить, **при наличии права на пособие**, карточку для неотложной медицинской помощи **как можно быстрее**, если я нуждаюсь в скорой помощи, или беременна.
10. Получить помощь по программе Medi-Cal в то время, как мой статус законного жителя страны будет проверяться и подтверждаться, если все остальные условия соблюdenы. **Иностранцы, законно въехавшие в страну на постоянное жительство, или проживающие в стране по разрешению правительства США согласно положения PRUCOL, или получившие в ней убежище и имеющие действительную и продленную карточку I-688, считаются законными жителями страны с удовлетворительным иммиграционным статусом.**
11. Получить информацию о Программе здоровья детей и предотвращению инвалидности (CHDP) и Программе дополнительного питания для женщин, младенцев и детей, и попросить помощи в получении этих услуг.
12. Получить информацию о Программе услуг по личному уходу (PCSP) и попросить помощи в получении этих услуг.
13. Получить информацию о Программе ранней и периодической диагностике, диспансеризации и лечения (EPSDT).
14. Попросить и получить информацию о Программе планирования семьи и узнать, имею ли я право на эти услуги.

## **ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОСОБИЕ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

15. Побеседовать с социальным работником относительно других программ, услуг и ресурсов, которые я могу получить. 16. Получить информацию относительно различных Планов медицинского страхования, по которым я и моя семья можем получить доктора и медицинские услуги, и выбрать предпочтительный план.
17. Понизить мою долю оплаты, предоставив округу неоплаченные ранее медицинские биллы (по которым я остаюсь в долг).
18. Понизить резерв имущества до лимита имущества, установленного программой Medi-Cal в последний день того месяца, на который я прошу помочь, включая месяц подачи заявления, и информацию о том, как я могу потратить излишки имущества.
19. Письменным соглашением (МЕЖДУ МНОЙ И СУПРУГОМ) поделить учитываемую часть совместного имущества на равные раздельные части, если один из нас стал пациентом Учреждения по долговременному уходу до 30 сентября 1989 года.
20. Сохранить определенную часть учитываемого раздельного и общего имущества, если я стану пациентом Учреждения по долговременному уходу после 1 января 1990 года. Мой супруг(а) и я имеем право узнать какую сумму мы можем сохранить.
21. Иметь слушание администрацией штата в случае несогласия с действием (или бездействием) окружного департамента социального обеспечения или Департамента здравоохранения штата, кроме вопросов, касающихся размера платы за медицинскую страховку (HIPP) и программ групповых планов страхования (EGHP). Если я хочу иметь слушание администрацией штата с целью апелляции решения, я должен попросить об этом в течение **90 дней** со дня, указанного на присланном мне извещении о действии. Если я не получу письменное извещение, я должен попросить о слушании в течение **90 дней** с того дня, когда мне стало известно о действии (или бездействии) оспариваемом мной. Дата обнаружения информации - это день, когда я узнал, или должен был узнать о действии. Лучший способ попросить о слушании, это обратиться в ближайший офис окружного департамента социального обеспечения.

### **В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ Я ОБЯЗАН СООБЩИТЬ МОЕМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЬЮ ОКРУГА НОВЫЕ ФАКТЫ, КОГДА:**

1. Доход, полученный мной, или любым членом моей семьи увеличился, понизился, прекратился или возобновился. Сюда включается и доход от Администрации социального страхования (SSA), а также займы, полученные уплаты, или любые другие источники дохода.
2. Я планирую изменить, или уже изменил адрес проживания или почтовый адрес.
3. Любое лицо, родственное или неродственное моей семье, включая новорожденных младенцев, въедет или выедет из моего дома.
4. Отсутствующий родитель возвратится домой.
5. Я, или любой другой член моей семьи родим ребенка, забеременеет или прекратит беременность.
6. Я, мой(я) супруг(а) или любой другой член семьи въедет, или покинет Учреждение по долговременному уходу.
7. Я получу, передам, подарю, или продам любое имущество (включая деньги) или если кто-либо даст мне или члену моей семьи любое имущество, как-то: машину, дом, страховку и т.п.
8. У меня появятся расходы, которые оплачены другим лицом.
9. Я, или любой другой член моей семьи получит работу, поменяет работу, или потеряет работу.
10. У меня произойдут изменения в расходах, связанных с работой или обучением. (К примеру: расходы по уходу за детьми, транспортные расходы и т.п.)
11. Я, или любой другой член моей семьи станет физически или умственно неполноценным (включая детей).
12. Я или любой другой член моей семьи подаст заявление на пенсию по нетрудоспособности в SSA (Администрацию социального страхования), VA (Ветеранскую администрацию), или железнодорожную пенсию.
13. Один из моих детей бросит школу или возобновит занятия в школе.
14. Произойдет изменение в гражданском/иммиграционном статусе любого члена семьи, подающего заявление или получающего помочь по программе Medi-Cal.
15. Изменится медицинская страховка, моя или другого члена семьи.

### **Я ДОЛЖЕН:**

1. Заполнить и в определенное время отправить округу статусный отчет.

## **ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОСОБИЕ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

2. Представить доказательство того, что я являюсь жителем штата Калифорния.
3. Подать декларацию о моем гражданском/иммиграционном статусе.
4. Представить номер социального страхования SSN для себя и/или для любого другого члена моей семьи, имеющего номер SSN, и желающего получать пособие программы Medi-Cal. Если я являюсь гражданином США, или поданным США, или иностранцем с удовлетворительным иммиграционным статусом, я должен подать заявление на получение номера социального страхования SSN и представить его округу, если я до сих пор не сделал это. Если мне будет необходимо подать заявление на номер SSN, я смогу получить помощь от моего социального работника, но я должен сотрудничать с Администрацией социального страхования с целью разрешения всех вопросов; в противном случае мое пособие Medi-Cal будет остановлено или мне будет отказано в пособии. (Иностранцы, не имеющие удовлетворительный иммиграционный статус, и не имеющие номера SSN, могут получить **ограниченный Medi-Cal**, не подавая заявление на номер SSN, если при этом они будут соответствовать всем остальным правилам программы.)
5. Подать заявление на любой другой доход, который может быть доступен мне, или любому члену моей семьи.
6. Подать заявление на федеральное пособие Medicare, если я слеп, нетрудоспособен, болен неизлечимой почечной болезнью (ESRD), или старше 64 лет и 9 месяцев, и имею право на это пособие. Я обязан сообщать моим врачам о том, что я имею обе страховки: Medi-Cal и Medicare.
7. Подать заявление и приобрести любую медицинскую страховку, доступную мне и моей семье, бесплатно. Я обязан сохранять свой план медицинского страхования когда Medi-Cal утверждает сумму ежемесячных платежей, определенных штатом Калифорния.
8. Сообщить окружному департаменту социальных услуг и организации, предоставляющей медицинские услуги, о любых страховках, которые доступны мне или могли бы быть доступны для меня, включая Medicare. Если я сознательно скрою эту информацию, я могу быть виновным в преступлении, или могу получить счет за оказанные услуги.
9. Обращаться за медицинской помощью в мой страховой план (Kaiser, CHAMPUS, или Medicare HMO). Medi-Cal не будет платить за услуги, покрываемые страховым планом.
10. Передать все страховые уплаты штату, если Medi-Cal оплатил мой медицинский уход.
11. Посетить лекцию, если таковая предоставляется, на которой рассказывается о различных планах медицинского страхования, и сделать письменный выбор, **или** ответить на письменное извещение о том, какой план я решил выбрать. Если я не сделаю выбора, **или** не отвечу на письменное извещение, мне и членам моей семьи может быть назначен ближайший к нашему дому медицинский план.
12. Подписать и поставить дату на Удостоверении на льготы (BIC) после получения карточки. Это необходимо сделать для того, чтобы только я или другие, имеющие это право члены моей семьи, могли воспользоваться ею.
13. Иметь при себе мое Удостоверение на льготы в случаях, когда я болен и мне оказывается медицинская помощь. Если мне была оказана неотложная медицинская помощь, и я не имел с собой Удостоверения на льготы, я должен подать его позднее, при первой возможности.
14. Сообщать окружному департаменту социального обеспечения о всех случаях, когда мне оказывалась медицинская помощь из-за травмы или аварии по причине действия или бездействия другого лица, за которые Medi-Cal получит или может получить счет.
15. Сотрудничать со штатом или округом в вопросе установления отцовства и возможной медицинской страховки, которая может быть доступна мне, как отсутствующему родителю.
16. Сотрудничать со штатом Калифорния, если мое дело выбрано для проверки качества обслуживания или права на помощь. Если я откажусь от сотрудничества, мое пособие Medi-Cal будет остановлено.

### **Я ПОНИМАЮ, ЧТО:**

1. Если я не сообщу необходимые факты, или преднамеренно дам ложную информацию, мое пособие Medi-Cal может быть остановлено или отказано. Также, мое дело могут проверить с целью определения факта мошенничества.
2. Информация, которую я сообщаю, может быть сверена с информацией, полученной от работодателей, банков, Администрации социального страхования, налоговой инспекции, Департамента социального обеспечения и других агентств. Я буду иметь право представить доказательства для корректировки всех фактов, поставленных под сомнение.
3. Иностранцы, не имеющие удовлетворительный иммиграционный статус, и не имеющие номера SSN, могут получить **ограниченный Medi-Cal**, не подавая заявление на номер SSN, если при этом они будут соответствовать всем остальным правилам программы.
4. Данные об иммиграционном статусе, представленные при подаче заявления на Medi-Cal конфиденциальны.
5. С учетом моего дохода, возможно я буду платить или получу счет за мою долю медицинских расходов до того, как Medi-Cal заплатит остальную сумму.
6. Если я вовремя не сообщу о прошедших изменениях, и по этой причине получу не полагающееся мне пособие программы Medi-Cal, от меня могут потребовать возмещения стоимости услуг в пользу Департамента здравоохранения штата.

## **ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОСОБИЕ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

7. Если я получаю пособие Medi-Cal на основании моей нетрудоспособности, и я подам заявление на пенсию по нетрудоспособности от Администрации социального страхования (SSA) и мое притязание на нетрудоспособность не будет подтверждено, мое пособие программы Medi-Cal может быть остановлено. Если я подам срочную апелляцию на решение Администрации социального страхования (SSA), мое пособие Medi-Cal будет продолжаться до того времени, пока Администрация социального страхования (SSA) не примет окончательное решение. Если Администрация социального страхования (SSA) утвердит мое прошение, тогда мое пособие Medi-Cal будет продолжаться. Если Администрация социального страхования (SSA) не утвердит мое прошение, тогда мое пособие программы Medi-Cal будет остановлено.
8. По условию, оговоренному в праве на пособие программы Medi-Cal, все права на медицинские услуги и/или уплаты для меня и остальных лиц, имеющих право на пособие, за которых я несу законную ответственность, автоматически передаются штату.
9. Если суд назначил отсутствующего родителя ответственным за медицинскую страховку для моих детей, страховая компания обязана разрешить мне стать получателем их плана страхования, и представить льготы моим детям без разрешения отсутствующего родителя.
10. Если я не подам заявление, или не сохранию доступную мне бесплатную или государственную страховку, мое пособие программы Medi-Cal и/или право на пособие будет остановлено или мне будет отказано.
11. Когда я подаю заявление на пособие программы Medi-Cal, округ проверит, имею ли я право на любые другие медицинские пособия и программы, включая HIPP и EGHP.
12. Если я прошу программу Medi-Cal оплатить медицинские услуги, не покрываемые **другим имеющимся планом**, я обязан представить организации, оказывающей услуги, письмо, в котором говорится, что указанный страховой план не предоставляет услуги, оплачиваемые программой Medi-Cal.
13. Организации, оказывающие услуги по программе Medi-Cal, не могут удерживать мои страховые выплаты и платы за страховку для других целей, кроме как для погашения моей доли расходов Medi-Cal и/или со-оплаты.
14. Если меня приняли в стационар для престарелых и я не имею намерения возвращаться домой, штат может получить залоговое право на мое имущество.
15. После моей смерти штат имеет право требовать возмещения из наследственной недвижимости стоимости медицинских услуг, оказанных мне после достижения возраста 55 лет, если у меня нет пережившего меня супруга (во все дни его жизни), несовершеннолетних детей, слепых детей, или детей, являющихся полными инвалидами, или если это не повлечет за собой трудностей и лишений для моих наследников.
16. После смерти пережившего меня супруга штат имеет право потребовать возмещения стоимости медицинских услуг, оказанных мне после достижения возраста 55 лет, из той части его имущества, которое ему досталось от меня, но не выше стоимости полученного имущества.

### **(Подпишите и сохраните.)**

Наставляем я заявляю, что я просмотрел всю информацию, изложенную на этой форме, вместе с представителем округа и что я полностью понимаю мои права и обязанности для определения и сохранения моего права на пособие программы Medi-Cal.

---

Подпись заявителя/представителя

---

Дата



---

### **COUNTY USE SECTION**

I have provided (check one)       In person       By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

{

---

Eligibility Worker's Signature

---

Worker Number

---

Date

## **ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОСОБИЕ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

7. Если я получаю пособие Medi-Cal на основании моей нетрудоспособности, и я подам заявление на пенсию по нетрудоспособности от Администрации социального страхования (SSA) и мое притязание на нетрудоспособность не будет подтверждено, мое пособие программы Medi-Cal может быть остановлено. Если я подам срочную апелляцию на решение Администрации социального страхования (SSA), мое пособие Medi-Cal будет продолжаться до того времени, пока Администрация социального страхования (SSA) не примет окончательное решение. Если Администрация социального страхования (SSA) утвердит мое прошение, тогда мое пособие Medi-Cal будет продолжаться. Если Администрация социального страхования (SSA) не утвердит мое прошение, тогда мое пособие программы Medi-Cal будет остановлено.
8. По условию, оговоренному в праве на пособие программы Medi-Cal, все права на медицинские услуги и/или уплаты для меня и остальных лиц, имеющих право на пособие, за которых я несу законную ответственность, автоматически передаются штату.
9. Если суд назначил отсутствующего родителя ответственным за медицинскую страховку для моих детей, страховая компания обязана разрешить мне стать получателем их плана страхования, и представить льготы моим детям без разрешения отсутствующего родителя.
10. Если я не подам заявление, или не сохранию доступную мне бесплатную или государственную страховку, мое пособие программы Medi-Cal и/или право на пособие будет остановлено или мне будет отказано.
11. Когда я подаю заявление на пособие программы Medi-Cal, округ проверит, имею ли я право на любые другие медицинские пособия и программы, включая HIPP и EGHP.
12. Если я прошу программу Medi-Cal оплатить медицинские услуги, не покрываемые **другим имеющимся планом**, я обязан представить организации, оказывающей услуги, письмо, в котором говорится, что указанный страховой план не предоставляет услуги, оплачиваемые программой Medi-Cal.
13. Организации, оказывающие услуги по программе Medi-Cal, не могут удерживать мои страховые выплаты и платы за страховку для других целей, кроме как для погашения моей доли расходов Medi-Cal и/или со-оплаты.
14. Если меня приняли в стационар для престарелых и я не имею намерения возвращаться домой, штат может получить залоговое право на мое имущество.
15. После моей смерти штат имеет право требовать возмещения из наследственной недвижимости стоимости медицинских услуг, оказанных мне после достижения возраста 55 лет, если у меня нет пережившего меня супруга (во все дни его жизни), несовершеннолетних детей, слепых детей, или детей, являющихся полными инвалидами, или если это не повлечет за собой трудностей и лишений для моих наследников.
16. После смерти пережившего меня супруга штат имеет право потребовать возмещения стоимости медицинских услуг, оказанных мне после достижения возраста 55 лет, из той части его имущества, которое ему досталось от меня, но не выше стоимости полученного имущества.

### **(Подпишите и сохраните.)**

Наставляем я заявляю, что я просмотрел всю информацию, изложенную на этой форме, вместе с представителем округа и что я полностью понимаю мои права и обязанности для определения и сохранения моего права на пособие программы Medi-Cal.

---

Подпись заявителя/представителя

---

Дата



---

### **COUNTY USE SECTION**

I have provided (check one)       In person       By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

---

Eligibility Worker's Signature

Worker Number

Date